

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 139

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU LARYNX CHEZ LA FEMME



THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 25 Juin 1924

PAR

M^{me} RADOÏËVITCH née SEKOULITCH, Polka

Née à SIENITZA (Serbie), le 14 septembre 1898.

Examinateurs de la Thèse	{	MM. MOURE, professeur.....	Président.
		BERGONIÉ, professeur	Juges.
		RÉCHOU, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé.	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 139

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER DU LARYNX
CHEZ LA FEMME

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 25 Juin 1924

PAR

M^{me} RADOÏÉVITCH née SEKOULITCH, Polka

Née à SIENITZA (Serbie), le 14 septembre 1898.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOURE, professeur.....	<i>Président.</i>
		BERGONIÉ, professeur	} <i>Juges.</i>
		RÉCHOU, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé.	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.....	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	DUVERGEY.
id.....	N.	id.....	PAPIN.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	JEANNENEY.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Chimie analytique.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexé — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ce travail, faible témoignage
de ma reconnaissance et de ma profonde
affection.

A MON MARI ET A MA FILLE SUZANNE

A MES SOEURS — A MES FRÈRES

A MES BEAUX-PARENTS

En témoignage de ma profonde affec-
tion pour eux.

A MA BELLE-SOEUR ET A MON FRÈRE D^r B. SÉKOULITCH

A MA BELLE-SOEUR — A MES BEAUX-FRÈRES

A TOUS LES MIENS

A MADAME ET A MONSIEUR CH. DELARUE

Consul du Royaume des Serbes, Croates et Slovènes à Bordeaux.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. MOUSSOUS

*Professeur de Clinique médicale des maladies des enfants à la Faculté de Médecine
de Bordeaux,*

*Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E.-J. MOURE

*Professeur de clinique d'oto-rhino-laryngologie,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique,
Grand'croix de l'ordre d'Isabelle la Catholique,
Grand'Croix de l'ordre d'Alphonse XII.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU LARYNX

CHEZ LA FEMME

INTRODUCTION

Quelle fut notre surprise au cinquième externe de nous trouver en présence d'une femme atteinte de cancer du larynx. A notre interrogation nous apprîmes qu'elle était malade depuis plusieurs années.

A notre examen, nous vîmes qu'elle portait une canule trachéale et que le larynx était complètement envahi par la tumeur.

Le cou présentait une grosse adénopathie, véritable « cou proconsulaire ». Nous connaissions déjà la grande rareté du cancer du larynx chez la femme, mais ce qui nous a surpris ce fut l'évolution si lente et la malignité relativement faible de cette localisation du cancer.

De là résulte notre essai pour la mise au point de cette étude.

Avant l'introduction de la laryngoscopie dans la science, le cancer du larynx chez la femme était complètement méconnu. C'est, croyons-nous, Trousseau et Belloc, dans leur *Traité de la phtisie laryngée* (1837), qui en rapportèrent la première observation.

Il s'agissait d'une malade de 32 ans, enrôlée depuis plus de deux ans, devenue aphone, oppressée, trachéotomisée ; elle meurt quinze mois après. Âge jeune, évolution lente, malignité faible, telles furent les caractéristiques de cette première observation.

D'ordre historique, cette observation a encore plus d'importance, car Trousseau pratiqua la première trachéotomie le 6 janvier 1835, et non 1840 (comme le rapporte J. Molinié dans son livre *Des tumeurs malignes du larynx*, de 1907), ce qui constitua la première application de la chirurgie dans le traitement de cette affection.

Nous avons cherché dans la littérature les observations se rapportant au sujet qui nous intéresse.

Notre tâche fut assez difficile, car les observations de ce genre étaient très rares.

M. le professeur Moure fut le seul qui, à propos de *quelques formes anormales du cancer du larynx* (*Revue hebdomadaire de laryngologie*, 23 septembre 1911), insista sur la précocité de l'âge, l'évolution plus lente et la malignité plus faible du cancer du larynx chez la femme.

Après des recherches minutieuses, nous avons pu recueillir seulement 64 cas, dont quatre observations sont de la clinique du professeur Moure.

Notre étude s'attache à démontrer la précocité, la lenteur de l'évolution, la malignité moindre et la fréquence de la localisation intralaryngée du cancer du larynx chez la femme.

Nous avons traité ces points caractéristiques dans le chapitre de l'étiologie, de l'évolution clinique et du traitement de cette maladie.

Nous devons toute notre gratitude à M. le professeur Moure, qui nous donna les idées génératrices et voulut bien guider notre travail, ainsi que pour l'honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

Nous remercions M. le Dr Moreau, chef de la clinique d'oto-rhino-laryngologie, qui avec la plus grande amabilité nous a aidée de ses conseils.

CHAPITRE PREMIER

Étiologie.

Dans ce chapitre, nous essaierons de dégager quelques points particuliers présentés par le cancer du larynx chez la femme. Nous n'insisterons pas sur la cause initiale du cancer qui est encore complètement inconnue, aussi bien chez la femme que chez l'homme, aussi bien pour le cancer du larynx que pour celui d'un autre organe.

Les points qui nous paraissent intéressants à envisager dans ce chapitre sont la *fréquence* du cancer du larynx chez la femme et l'*âge* auquel il se présente généralement chez elle.

1° **La fréquence.** — Le cancer du larynx est beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme. Ce fait est acquis depuis les premiers examens laryngoscopiques. Déjà en 1876, Ch. Fauvel, dans son *Traité pratique des maladies du larynx*, insiste sur la plus grande fréquence du cancer laryngé chez l'homme que chez la femme. Sur 37 cas observés, il trouve 34 cas chez l'homme et 3 cas chez la femme, soit 8,1 p. 100. Ziemsens, sur 60 cas en observe 16 chez la femme, soit 26,5 p. 100. Sendziak, sur 458 cas, en note 68 chez la femme, c'est-à-dire une proportion de 14,9 p. 100. Dans la statistique de Felix Semon, portant sur 212 cas de tumeurs malignes du larynx, observées de 1878 à 1906, on trouve 35 cancers chez la femme, soit 16,5 p. 100. Compaired apporte une statistique de 26 cas, dont 2 chez la femme (7,7 p. 100). Molinié, sur 356 cancers du larynx, note 46 cas chez la femme, c'est-à-dire 12,8 p. 100. Mais dans 74 cas de sa statistique personnelle, on n'en trouve que 3 chez la femme, soit 4,5 p. 100.

Jeanselme et Barré, à l'Hôpital Tenon, n'ont observé qu'un seul cas de cancer chez la femme contre 18 chez l'homme. Saint-Clair-Thomson rapporte dans sa statistique (de 1900 à 1921) de laryngo-fissures, 51 cas, dont 6 chez la femme, soit 13,3 p. 100.

Nous-même avons enfin relevé les cas de cancers laryngés observés à la clinique de M. le professeur Moure. Depuis 1880 jusqu'au mois de juin 1924, on a observé à cette clinique 210 cas de cancers du larynx; 4 seulement de ceux-ci furent observés chez des femmes. La proportion qu'à notre tour nous pouvons donner n'est que de 1,90 p. 100. Cette statistique comprend uniquement les malades de l'hôpital. M. le professeur Moure nous a confirmé la même rareté du cancer du larynx chez la femme, en dehors de l'hôpital, dans sa clinique personnelle.

Nous avons donc à peine besoin d'insister sur la rareté de l'atteinte cancéreuse du larynx chez la femme. Les chiffres rapportés le prouvent suffisamment.

Cependant, ces chiffres sont quelque peu discordants. La proportion suivant laquelle on observe le cancer du larynx chez la femme varie notablement avec les statistiques. Tandis que Ziemsen observe cette lésion chez la femme dans 26,6 p. 100 des cas, F. Semon dans 16,5 p. 100, Sendziak dans 14,4 p. 100, Fauvel dans 8,8 p. 100, Saint-Clair-Thomson dans 13,3 p. 100, Molinié, Jeanselme et Barré ne la notent que dans 4,5 et 5,5 p. 100, et M. le professeur Moure dans 1,90 p. 100 des cas.

Mais ce désaccord des statistiques est peut-être plus apparent que réel. A-t-on, en effet, toujours fait l'examen histologique de la tumeur étiquetée cancéreuse? Or, celui-ci est indispensable. D'autre part, les statistiques de la pratique personnelle, comme celle de Ch. Fauvel, J. Molinié, M. le professeur Moure, montrent une proportion beaucoup plus faible du cancer laryngé chez la femme que les statistiques construites par des faits recueillis au hasard dans la littérature.

Enfin, certaines statistiques qui montrent le cancer du larynx chez la femme dans une proportion relativement assez grande

proviennent des pays anglo-américains (Semon, Saint-Clair-Thomson), de sorte qu'il semble permis de se demander si cette localisation laryngée du cancer n'est pas, en réalité, plus fréquente dans ces pays qu'en France. L'activité sociale des femmes en Angleterre, par exemple, le climat humide, et d'autres causes prédisposantes, inhérentes à la race, ne seraient peut-être pas contraires à cette éventualité.

Quoi qu'il en soit, nous retiendrons, en matière de conclusion, *que le cancer du larynx chez la femme est sinon tout à fait exceptionnel du moins très rare*. Il est beaucoup plus rare qu'on ne le croit et que l'indiquent certains travaux et certains traités classiques.

En réunissant quelques statistiques françaises (1), (Molinié, Jeanselme et Barré, statistique personnelle faite à la clinique de M. le professeur Moure), nous trouvons, sur un total de 303 cas de cancers du larynx, 8 cas chez la femme, c'est à-dire une proportion, en chiffres moyens, de 2 à 3 (ou plus exactement 2,64 p. 100) cancers laryngés observés chez la femme pour 100 cancers du larynx.

Il y a grand intérêt à connaître cette rareté du cancer du larynx chez la femme. Pour en faire le diagnostic, un examen clinique minutieux est nécessaire, mais en plus il est indispensable de recourir à l'examen histologique.

Seul ce dernier moyen d'investigation permet d'une façon certaine d'éviter l'erreur quand il s'agit d'étiqueter cancéreuses certaines lésions bacillaires, syphilitiques ou autres du larynx.

Quant au sarcome du larynx, on sait qu'il est très rare dans les deux sexes.

Les anciens auteurs (Mackenzie, Butlin, Schwartz) n'en ont pu observer que quelques cas. Massei en a pu réunir 10 cas seulement. J. Molinié, plus tard, dans sa statistique portant sur 356 cas de tumeurs malignes du larynx, note 39 sarcomes, c'est-à-dire environ 11 p. 100 des cas.

(1) Pour donner un pourcentage du cancer du larynx chez la femme, nous avons préféré nous servir de quelques statistiques issues des grandes cliniques françaises que d'employer les statistiques faites des observations recueillies dans la littérature.

C'est surtout le sarcome laryngé chez la femme qui nous a intéressé. Nous en avons pu réunir 13 cas. Contrairement à ce qu'on observe pour le cancer, il semble que le sarcome du larynx est aussi rare chez l'homme que chez la femme. D'autre part, comme tous les sarcomes en général, le sarcome laryngé apparaît à un âge moins avancé que le cancer. L'âge le plus avancé que nous avons noté dans nos 13 cas est de 50 ans. Il en est d'ailleurs de même chez l'homme. Halsted a observé le sarcome du larynx chez un enfant de 16 mois.

A quoi est-elle due cette plus grande rareté du cancer du larynx chez la femme? Pour répondre à cette question, nous sommes amenée à étudier les causes favorisant l'apparition du cancer laryngé et à chercher leur influence dans chacun des deux sexes.

2° Causes favorisantes. — On a invoqué quatre grandes causes pouvant favoriser l'apparition du cancer du larynx; ce sont : le tabac, l'alcool, la syphilis et l'abus de la voix.

Le tabagisme. — D'après Moure, Escat, Molinié, Compaired et d'autres, le tabac doit être mis au premier rang des agents favorisants du cancer du larynx comme de celui de la langue.

Molinié relève le tabagisme chez la presque totalité de ses malades (69 fois sur 74 cas). Tous avaient l'habitude d'« avaler la fumée », c'est à-dire d'aspirer les vapeurs du tabac dans les voies respiratoires. Escat, sur 12 cas de néoplasme malin du larynx, a noté 12 fois l'habitude de fumer. Compaired note l'abus du tabac chez tous les malades qu'il a observés.

Par contre, Semon, Schroetter, Lublinski, Sendziak et d'autres chirurgiens n'accordent à cet agent aucune action nocive. La raison pour une telle opinion, ces auteurs la trouvent dans le fait suivant : Les prostituées fument très souvent, disent-ils, sans que pour cela le cancer du larynx soit chez elles plus fréquent que chez les autres femmes.

Invoquer ce fait ne nous paraît pas très justifié. D'abord, les prostituées, si elles usent du tabac, ne le font le plus souvent ni d'une façon aussi abusive que les hommes, ni pendant une période

aussi prolongée de leur existence que ces derniers. D'autre part, les femmes qui fument n'ont pas, en général, l'habitude d'« avaler la fumée ». Ce fait nous paraît très important.

Il est vraisemblable que si ces femmes faisaient usage du tabac dans les mêmes conditions de durée et d'intensité que les hommes, elles aboutiraient aux mêmes conséquences que ces derniers. Dans le Tyrol, par exemple, où les femmes fument au même titre que les hommes, le cancer de la langue est également fréquent dans les deux sexes, tandis qu'en France le cancer de la langue chez la femme est relativement rare.

Il nous semble donc impossible de ne pas accorder une influence nocive assez nette au facteur tabac dans la production du cancer laryngé.

L'alcoolisme, ainsi qu'on le constate souvent dans les antécédents des malades, semble aussi susceptible de favoriser l'apparition du cancer par les congestions répétées de l'organe vocal.

La syphilis. — On connaît l'influence de la syphilis dans la production des leucoplasies buccales et la transformation fréquente de ces dernières en cancer. La syphilis prédispose probablement aussi à l'éclosion du néoplasme du larynx. Ainsi que le tabac, l'alcool, la syphilis est notée très fréquemment dans les antécédents des malades atteints du cancer laryngé. J. Molinié la relève 21 fois sur 74 malades atteints de cette dernière affection.

L'abus de la voix. — Malgré qu'on ait tendance à dire que le cancer du larynx est une rareté chez les chanteurs, l'abus de la voix doit probablement jouer un rôle important dans son développement. Mais ce n'est pas tellement le surmenage (rare chez les chanteurs) que le « malmenage » de la voix que l'on doit incriminer. L'abus de la voix criée, chez les crieurs des rues exposés aux intempéries, chez des orateurs parlant dans les salles surchauffées et enfumées, est surtout nuisible.

A côté de ces quatre facteurs favorisants du cancer du larynx, signalons aussi la tuberculose, l'arthritisme et les traumatismes du larynx; les enrouements fréquents par refroidissement, l'irritation du larynx par les poussières, les laryngites chro-

niques, les cicatrices laryngées et les tumeurs bénignes laryngées qui sont fréquemment invoquées.

Que penser de *l'hérédité*? Ici, comme pour les tumeurs malignes en général, le rôle de l'hérédité, tantôt admis, tantôt vivement combattu, reste toujours un problème à résoudre.

Semon, sur 56 cas de cancer laryngé, trouve une fois seulement un néoplasme chez les ascendants. J. Molinié, dans sa statistique de 74 cas, rencontre 3 fois le cancer chez les ascendants. L'hérédité fait donc défaut dans la grande majorité des cas de cancer du larynx.

Pouvons-nous, à la faveur de cette considération des causes favorisantes du cancer du larynx, essayer d'expliquer sa plus grande rareté chez la femme? Cela nous paraît évident.

Le tabagisme, l'alcoolisme, la syphilis, l'abus de la voix, ont indiscutablement une grande action prédisposante aux cancers du larynx. Ces facteurs étant d'autre part beaucoup plus fréquents (à part peut-être la syphilis) chez l'homme, ce dernier paie au cancer du larynx un beaucoup plus lourd tribut que la femme. La femme ne fume pas (ou fume moins); elle boit incontestablement beaucoup moins d'alcool, elle est d'une façon générale, moins exposée au surmenage de la voix et aux autres intempéries de la vie journalière que l'homme : ce sont là les raisons pour lesquelles la femme est beaucoup plus rarement atteinte du cancer du larynx que l'homme.

Changerait-elle son genre de vie pour le rapprocher de celui de la vie du sexe masculin, elle n'éviterait plus les causes favorisantes du cancer du larynx, et ce dernier deviendrait peut-être aussi fréquent chez elle que chez l'homme.

Nous regrettons que les observations de cancers laryngés chez la femme que nous avons recueillies manquent de renseignements sur la profession de ces malades; nous devons toutefois signaler les deux femmes atteintes de ce mal qui étaient marchandes de quatre saisons, et une troisième professeur de lycée, toutes trois, par conséquent, exposées à l'abus de la voix.

3° L'âge. — D'après de nombreuses statistiques, il semble que le cancer s'observe généralement, chez la femme, à un âge moins avancé que chez l'homme. En ce qui concerne le cancer du larynx, Mackenzie et Compaired admettent la période de la vie comprise entre 40 et 70 ans, comme âge où le cancer est le plus fréquent.

Dans la statistique de J. Molinié, portant sur 336 cas de tumeurs malignes du larynx (310 hommes et 46 femmes), on constate :

2 cas entre 1 et 10 ans, soit 0,56 p. 100.

2 cas entre 10 et 20 ans, soit 0,56 p. 100.

4 cas entre 20 et 30 ans, soit 1,12 p. 100.

27 cas entre 30 et 40 ans, soit 7,6 p. 100.

72 cas entre 40 et 50 ans, soit 20,2 p. 100.

105 cas entre 50 et 60 ans, soit 37,7 p. 100.

69 cas entre 60 et 70 ans, soit 19,3 p. 100.

6 cas entre 70 et 80 ans, soit 1,7 p. 100.

4 cas entre 80 et 90 ans, soit 1,72 p. 100.

La fréquence la plus grande (37,7 p. 100), dans cette statistique, s'observe entre 50 et 60 ans. Il est à remarquer que cette statistique comprend 46 cas de cancer laryngé chez la femme et ne distingue pas les épithéliomas des sarcomes.

D'après 206 cas de cancer du larynx observés uniquement chez l'homme, à la clinique de M. le professeur Moure, on note :

1 cas entre 20 et 30 ans, soit 0,48 p. 100.

8 cas entre 31 et 40 ans, soit 3,88 p. 100.

34 cas entre 41 et 50 ans, soit 16,50 p. 100.

107 cas entre 51 et 60 ans, soit 52,08 p. 100.

50 cas entre 61 et 70 ans, soit 24,27 p. 100.

6 cas entre 71 et 80 ans, soit 2,91 p. 100.

Cette statistique montre que le cancer du larynx chez l'homme s'observe dans 52 p. 100 des cas entre 50 et 60 ans. Au-dessus de cet âge, on l'observe dans 20,8 p. 100, et au-dessous, dans 27 p. 100 des cas.

En est-il de même chez la femme ?

Saint-Clair-Thomson, dans sa statistique portant sur 51 cas de cancer, en observe 45 chez l'homme entre 44 et 75 ans, et 6 chez la femme entre 33 et 53 ans.

E. Schmiegelow a observé 34 cas de cancer du larynx, dont 21 chez l'homme et 13 chez la femme.

Il note : chez l'homme, 17 cas au-dessus de 50 ans, 2 cas de 40 à 50 et 2 au-dessous de cet âge.

Chez la femme, 4 seulement au-dessus de 50 ans (entre 50 et 60) et 9 entre 40 et 50 ans.

Le professeur Moure, sur 5 cas de cancer du larynx observés au-dessous de 40 ans, en trouve 3 chez la femme.

Nous avons cherché à connaître l'âge le plus fréquemment noté chez la femme atteinte de cancer du larynx.

Sur 64 cas que nous avons pu trouver dans la littérature, nous trouvons :

2 cas entre 10 et 20 ans, soit 3,13 p. 100.

4 cas entre 21 et 30 ans, soit 6,25 p. 100.

15 cas entre 31 et 40 ans, soit 23,41 p. 100.

24 cas entre 41 et 50 ans, soit 37,45 p. 100.

7 cas entre 51 et 60 ans, soit 10,9 p. 100.

9 cas entre 61 et 70 ans, soit 14,1 p. 100.

3 cas non précisés.

Il ressort de notre statistique, ainsi que de celle de Schmiegelow; que la fréquence la plus grande du cancer du larynx chez la femme s'observe entre 40 et 50 ans, ceci dans la proportion de 43,1 p. 100; au-dessous de cet âge, la proportion est de 25 p. 100; au-dessus de cet âge, elle est de 32,7 p. 100 des cas.

Cet exposé nous permet de penser que le cancer du larynx s'observe à un âge moins avancé chez la femme que chez l'homme. Le plus souvent entre 50 et 60 ans chez l'homme, entre 40 et 50 ans chez la femme.

CHAPITRE II

Étude clinique du cancer du larynx chez la femme

Nous avons vu dans le chapitre précédent les traits caractéristiques du cancer du larynx chez la femme au point de vue étiologique.

L'évolution clinique du cancer du larynx chez la femme présente aussi quelques particularités fort importantes, que nous avons observées dans une grande majorité de nos observations.

Deux points sont intéressants à considérer :

1° Sièges du cancer laryngé ;

2° Son évolution clinique.

Dans ce chapitre, nous dirons aussi ce qu'il faut penser du cancer secondaire du larynx chez la femme, ainsi que de l'évolution chez elle du sarcome laryngé.

I. Sièges du cancer laryngé.

Au point de vue du siège du cancer du larynx en général, il faut distinguer :

1° *Cancer endo-laryngé* :

a) Cancer de la corde vocale ;

b) Cancer prenant sur le reste de la muqueuse laryngée ;

2° *Cancer exo-laryngé* :

a) Cancer de l'épiglotte et limité à cet organe ;

b) Cancer né sur la muqueuse vestibulaire, se développant en dehors du larynx sur les parties avoisinantes.

Nous prenons comme base cette classification, qui est celle du professeur Moure, pour l'appliquer à notre étude sur le siège du cancer du larynx chez la femme.

Suivant son siège, le cancer intrinsèque du larynx est, en général, beaucoup plus fréquent que le cancer extrinsèque, comme le prouvent les statistiques. Baratoux, sur un total de 167 tumeurs, en a rencontré 117 intrinsèques. J. Molinié dans sa statistique, note 202 tumeurs intrinsèques, 53 tumeurs extrinsèques et 19 tumeurs mixtes.

F. Semon rapporte 136 cas de cancer intrinsèque et 76 cas de cancer extrinsèque ou mixte.

En est-il de même chez la femme? La localisation qu'il présente chez elle est-elle différente de celle qu'on observe chez l'homme?

F. Semon observe 35 cas de cancers chez la femme, dont 12 sont intrinsèques et 23 extrinsèques. D'autre part, Waggette prétend que le cancer de la région rétro-cricoidienne est communément observé chez la femme surtout entre 20 et 40 ans.

En se basant sur sa statistique, J. Molinié admet que chez la femme le cancer cavitaire est moins fréquent que le cancer marginal. Il n'en est pas de même dans notre statistique, car d'après 64 observations nous trouvons :

Cancer intrinsèque, 49, soit 76,33 p. 100.

Cancer extrinsèque, 8, soit 12,5 p. 100.

Cancer étendu, 7, soit 10,94 p. 100.

Le cancer intrinsèque du larynx se localise sur :

Deux cordes vocales, 5 fois;

Corde vocale droite, 8 fois;

Corde vocale gauche, 5 fois;

Moitié droite du larynx, 8 fois;

Moitié gauche du larynx, 3 fois;

Non spécifiés, 20 fois.

On voit d'après cette statistique, qui est tout à fait différente de celle de F. Semon, que le cancer intrinsèque du larynx chez la femme est, au contraire, beaucoup plus fréquent que le cancer extrinsèque.

Quant à la localisation, nous ne faisons que mentionner que le côté droit du larynx est plus souvent atteint que le côté gauche, bien que les cas où le siège plus exact n'est pas spécifié soient relativement assez nombreux.

Notre statistique, en réalité, est formée des statistiques de Fauvel, J. Molinié, Saint-Clair-Thomson et autres, ainsi que de toutes les observations publiées qui ont été portées à notre connaissance jusqu'à ce jour.

Il semble que les idées émises par F. Semon et J. Molinié (lesquels prétendent que le cancer extrinsèque chez la femme est plus fréquent que l'intrinsèque) sont sans fondement.

D'ailleurs, le nombre de cas rapportés dans leurs statistiques est relativement petit. Il est plus intéressant, pour avoir une opinion plus exacte sur ce sujet, de s'adresser à une statistique comprenant un plus grand nombre de cas ; celle que nous donnons en rapporte 64.

Malgré donc la statistique contradictoire de Semon, nous pensons qu'il faut considérer la localisation intralaryngée du cancer chez la femme comme étant plus fréquente que la localisation extralaryngée.

La proportion du cancer intralaryngé dans les deux sexes nous paraît être égale, sinon plus fréquente chez la femme.

Quant à la localisation, le cancer intrinsèque siège le plus souvent, du moins au début, sur les cordes vocales. La localisation sus et sous-glottique est relativement plus rare. Le cancer extrinsèque, de son côté, siège par ordre de fréquence sur l'épiglotte, repli-ary-épiglottique, le bord supérieur des aryténoïdes, la surface pharyngée du cartilage cricoïde et le sinus pyriforme.

Quant au sarcome du larynx chez la femme, il ne paraît pas présenter une préférence de localisation aussi marquée que celle que nous avons notée pour le cancer, car sur 13 cas que nous avons recueillis, nous trouvons dans 7 cas le sarcome intrinsèque et dans 6 cas le sarcome extrinsèque.

D'après les statistiques de Sendziak et J. Molinié, il semble que la localisation extrinsèque est plus fréquente dans le sarcome que pour le cancer dans les deux sexes.

II. Évolution clinique.

Jusqu'à ce jour, jamais le cancer du larynx chez la femme n'a été étudié au point de vue de son évolution clinique.

Ce fut le professeur Moure qui, le premier, attira l'attention, au *Congrès français d'oto-rhino-laryngologie de 1911*, « sur les quelques formes anormales du cancer du larynx », et c'est précisément sur ces formes que l'auteur constata la prédominance dans le sexe féminin. Car le professeur Moure disait : « Sur 5 cas de cancer du larynx observés depuis quarante ans, et dont l'évolution fut très longue, il y avait 3 femmes et 2 hommes. »

Beaucoup d'auteurs, dans leurs observations, mentionnent l'évolution lente du cancer chez leurs malades, sans souvent y fixer une grande attention.

C'est en nous basant sur les observations que nous développerons les caractères particuliers que présente le cancer du larynx chez la femme au point de vue de son évolution.

Pour plus de clarté, nous décrirons séparément le cancer intrinsèque et le cancer extrinsèque; cette division, quoique artificielle, nous paraît faciliter la description de quelques symptômes qui ont attiré notre attention.

1° Cancer intrinsèque. — Cette forme est le plus souvent diagnostiquée au début, étant caractérisée par des signes précoces et facilitée par l'examen laryngoscopique, puis confirmée par la biopsie.

Suivant que le point de départ est au niveau des cordes vocales ou au niveau des régions sus ou sous-glottique, les symptômes quelque peu marqués sont différents.

Car le cancer des cordes vocales a une répercussion immédiate sur la fonction vocale.

L'enrouement est précoce et léger au début quoique pouvant varier d'intensité, mais ne disparaissant plus; c'est un symptôme prémonitoire de grande importance et qui ne fait presque jamais défaut. Dans certains cas, cet enrouement précoce date de cinq,

six et même dix années avant l'apparition des symptômes plus graves.

Il est à noter que dans un grand nombre de cas cette dysphonie apparaît brusquement sans cause apparente; d'autres fois les malades attribuent cet enrouement à un refroidissement ou à un effort vocal.

En dehors de la dysphonie, les femmes se plaignent de chatouillements laryngés, de gêne respiratoire et de la sécheresse de la bouche; tous ces signes semblent manifestement plus prononcés chez elles que chez l'homme.

Dans le cancer sus ou sous-glottique, la dysphonie est plus tardive, la voix est plus voilée, plus sourde et sans éclat.

Par le développement progressif de la tumeur intralaryngée, la dysphonie augmente et se trouve changée en aphonie plus ou moins complète; la dyspnée devient plus violente, causant des accès de suffocation qui nécessitent souvent la trachéotomie d'urgence. La douleur lancinante s'irradiant vers l'oreille est mentionnée assez souvent, ainsi que la toux particulière et la fétidité de l'haleine. L'envahissement ganglionnaire est généralement très tardif chez la femme. Les examens laryngoscopiques sont toujours différents suivant le siège et le degré d'évolution du cancer.

2° Le cancer extrinsèque. — Contrairement au précédent, le cancer extrinsèque présente au début des symptômes peu accusés. C'est le plus souvent l'adénopathie cervicale, la dysphagie ou les douleurs laryngées irradiées vers l'oreille qui attirent l'attention des malades. C'est la forme dont l'évolution est plus rapide que dans le cancer intralaryngé. Un grand nombre de cas sont inopérables et aboutissent à la cachexie cancéreuse.

Nous ne faisons que mentionner la forme mixte (cancer diffus) où on ne connaît pas la localisation initiale; cette forme se trouve signalée généralement dans les observations anciennes. Dans l'évolution du cancer du larynx chez la femme, nous sommes particulièrement frappée par la lenteur de l'évolution.

Le cancer laryngé et surtout intralaryngé chez la femme évolue très lentement, on peut en juger d'après les observations que nous publions et où nous voyons dans un grand nombre de cas l'évolution se produire durant plusieurs années.

Trousseau mentionne, chez une malade de 32 ans, l'évolution lente dont le début remonte à quatre années.

Fauvel aussi rapporte 1 cas où l'affection cancéreuse a mis plus de cinq ans à se développer avant d'amener la mort par asphyxie.

Le professeur Moure, dans sa communication, rapporte 2 cas de cancer du larynx chez la femme, dont 1 opéré depuis dix ans sans aucune récurrence, et l'autre dont le début de l'affection remonte à une dizaine d'années ; la malade eut une péricondrite et l'évolution extrêmement lente aboutit à la cachexie, la tumeur n'étant plus opérable.

Jacques note chez une de ses malades l'enrouement depuis quatre ans et l'évolution lente du cancer.

Tous ces faits mentionnés nous montrent que le cancer du larynx chez la femme évolue lentement, ce qui est un fait rarement observé chez l'homme.

Cela va sans dire que cette forme lente peut s'observer aussi chez l'homme, mais rarement. En général, cette évolution s'observe de préférence chez la femme, chez laquelle d'autre part, on le sait, le cancer du larynx est très rare.

Mais on observe parfois chez la femme l'évolution rapide comme chez l'homme, la durée variant de quelques mois à deux ans.

Un autre point intéressant qui doit attirer notre attention est mentionné par le professeur Moure, *c'est la malignité plus faible du cancer*, du moins au début. Cette faible malignité explique très bien l'évolution lente du cancer du larynx chez la femme.

Dans ces formes, d'après le professeur Moure, le microscope au début ne dénote presque pas la nature maligne de la dégénérescence morbide. Plusieurs biopsies successives dans l'intervalle de quelques mois sont nécessaires pour permettre d'affirmer la malignité de la tumeur.

Il résulte que, dans les cas douteux, il serait prudent de faire plusieurs examens histologiques avant de se prononcer sur la nature des lésions.

Comme nous venons de le dire, le *sarcome* du larynx, beaucoup plus rare dans les deux sexes, se développe à un âge relativement précoce. L'évolution clinique des sarcomes est beaucoup plus rapide. Il apparaît que le sarcome intrinsèque évolue plus lentement que l'extrinsèque (comme le cancer, du reste).

Nous sommes frappée, en comparant le sarcome du larynx de l'homme et de la femme, de trouver la semblable rapidité dans son évolution. Cependant, il est à noter, comme pour le cancer, que le sarcome laryngé de la femme est néanmoins moins malin que celui de l'homme.

L'envahissement se fait rapidement dans tous les sens et souvent on observe soit un seul côté atteint, soit la dissémination en plusieurs points. Le sarcome intrinsèque paraît aussi moins grave que le sarcome extrinsèque.

III. Cancer secondaire du larynx.

Fauvel, Mackenzie et Schwartz nient d'une façon formelle l'existence du cancer secondaire du larynx, n'ayant pas pu observer un seul cas avéré du cancer vraiment secondaire.

Actuellement, le cancer secondaire du larynx est considéré par la majorité des auteurs comme extrêmement rare, mais existant néanmoins.

Cardier rapporte à juste titre un cas de cancer secondaire du larynx chez une femme de 42 ans, développé trois ans après l'ablation du cancer du sein.

Le professeur Moure cite un cas de cancer secondaire du larynx chez un homme, développé à la suite d'un cancer du rectum.

F. Detourbet, dans sa thèse inaugurale, rapporte plusieurs cas publiés dans la littérature médicale. Par rapport aux autres organes, où les métastases sont fréquentes, le larynx est un organe qui se prête fort mal aux métastases cancéreuses.

Nous parlons ici de métastases vraies, différentes des cancers secondaires par propagation qui sont relativement plus fréquentes.

Nous croyons, vu les observations publiées, la possibilité de l'existence du cancer secondaire métastatique développé aux dépens du larynx, bien que cela soit une rareté.

Néanmoins chez la malade dont nous rapportons l'observation (Obs. de Cardier), le cancer secondaire du larynx ne paraît pas évoluer très rapidement. Est-il chez la femme aussi rare que le cancer primitif du larynx? Nous répondons par l'affirmative, car les observations que nous avons trouvées se rapportent presque toutes au cancer du larynx chez l'homme.

CHAPITRE III

Traitement du cancer du larynx chez la femme.

Comme nous venons de le voir dans le chapitre précédent, l'évolution du cancer laryngé chez la femme est plus lente et sa malignité semble nettement plus faible que chez l'homme; ces deux facteurs font que les résultats opératoires obtenus chez la femme sont généralement meilleurs que ceux obtenus chez l'homme.

Quelle thérapeutique et dans quel cas l'appliquer? C'est ce point que nous voulons envisager ici.

Nous éliminerons tout d'abord le cancer du larynx étendu, inopérable à cause de l'extension des lésions et de l'adénopathie généralisée; dans ces formes, seules la röntgenthérapie ou la radiumthérapie peuvent être tentées. La trachéotomie sera souvent l'intervention d'ultime nécessité.

La röntgenthérapie, en particulier, semble indiquée dans de tels cas. Elle constituera une thérapeutique quelquefois curative, toujours palliative; elle apportera en tous les cas un secours moral (Portmann et Lachapèle).

Il en est de même du radium, qui dans les cas inopérables paraît donner une amélioration dans un large pourcentage des cas (Douglas, Quick et Johnson, Regaud, Coutard et Hautant).

C'est pour les cancers localisés et en particulier pour les cancers intrinsèques qu'on doit réserver la thérapeutique chirurgicale proprement dite, qui peut donner les meilleurs résultats.

Deux conditions sont nécessaires pour la réussite prompte de l'intervention : a) un diagnostic précoce, aussi précoce que

possible, qui donnera l'indication d'intervenir immédiatement avant que le mal ait pris des racines trop profondes ; b) le bon choix de procédé opératoire basé sur une bonne classification des formes du cancer.

Au sujet du diagnostic, on ne saurait trop insister sur la nécessité qu'il y a à soumettre à l'examen laryngoscopique tout malade présentant un enrouement prolongé.

Doit-on choisir une intervention endo-laryngée, une thyrotomie, une laryngectomie partielle ou une laryngectomie totale ? Le résultat opératoire dépendra d'un bon ou d'un mauvais choix du procédé opératoire.

Toutes les interventions sont bonnes, on ne peut rien leur reprocher si chacune s'adapte au cas favorable. Nous ne nous attarderons pas à décrire en détail la technique opératoire à suivre, étant donné que ces interventions sont aujourd'hui bien mises au point par les innombrables travaux de Billroth, Cohen, Périer, Moure, Gluck, Sébileau et autres. Nous nous bornerons surtout à discuter sur les meilleurs traitements à appliquer dans les cas qui peuvent se présenter,

L'intervention endo-laryngée, comme méthode curative pour les tumeurs malignes du larynx, est actuellement complètement abandonnée. Elle ne peut servir que pour les biopsies et les tumeurs bénignes intralaryngées. Nous n'insistons pas sur cette intervention qui est tout à fait insuffisante.

Thyrotomie. — La thyrotomie (laryngo-fissure) est une opération qui est actuellement très répandue et en vogue. Elle s'adresse en particulier aux cancers intralaryngés et spécialement aux cancers des cordes vocales.

On tend aujourd'hui à réserver la thyrotomie exclusivement aux tumeurs malignes des cordes vocales bien limitées et sans infiltrations avoisinantes.

Saint-Clair-Thomson la considère comme la meilleure intervention, donnant 80 p. 100 de guérisons durables.

Mais, comme nous avons pu le constater d'après les résultats obtenus, la thyrotomie donne assez souvent des récidives à cause de la difficulté qu'on éprouve à enlever complètement la

tumeur. C'est pour cette raison qu'on lui substitue plus volontiers une extirpation laryngée totale ou partielle.

Laryngectomie partielle et héli-laryngectomie. — Ce sont des interventions qui peuvent s'appliquer au cas où le néoplasme est nettement localisé dans une région laryngée.

Autant d'opérateurs, autant de procédés différents. Ces interventions tendent aujourd'hui de plus en plus à être abandonnées au profit de la laryngectomie totale qui a donné de meilleurs résultats.

La laryngectomie partielle et l'héli-laryngectomie n'ont pas, en effet, au point de vue fonctionnel, d'avantages assez considérables pour que l'on puisse les conseiller, même dans certains cas particuliers.

Laryngectomie totale. — C'est donc la laryngectomie totale qui est aujourd'hui l'intervention la plus en faveur et l'opération de choix.

La seule opération qui ait donné, pratiquée à temps, les meilleurs résultats curatifs.

La laryngectomie totale, suivant le procédé de MM. Moure et Portmann, nous paraît être comme la meilleure méthode opératoire. Ses caractères sont les suivants :

- 1° Anesthésie loco-régionale ;
- 2° Opération en un temps ;
- 3° Procédé à un seul lambeau à incision latérale ;
- 4° Laryngectomie de bas en haut.

Ces éléments, dont les avantages sont indéniables, par leur union dans une seule méthode lui donnent toute sa valeur.

Nous n'insistons pas sur la technique à suivre, étant donné que ce n'est pas le but de notre travail. Mais cependant nous voulons faire remarquer que la laryngectomie totale n'est pas relativement une opération extrêmement grave, comme on peut avoir tendance à le croire.

La technique opératoire est perfectionnée à tel point que la mortalité est relativement faible en la comparant à la mortalité qui existait il y a une cinquantaine d'années. En 1907, la mortalité était à 20 p. 100, tandis qu'aujourd'hui les chirurgiens

français estiment qu'elle a baissé à 10 p. 100 (J. Molinié). Certains opérateurs étrangers, et en particulier Gluck et Tapia, prétendent porter la mortalité à 0, ce qui est exagéré étant données les complications qui sont à craindre.

Le professeur Moure, dans son rapport de 1921, rapporte 31 cas de laryngectomie totale avec 30 succès opératoires, ce qui fait 3 à 4 p. 100 de mortalité opératoire.

Voyons maintenant, avant d'aborder l'étude du meilleur traitement à appliquer pour chaque cas de cancer du larynx suivant la localisation, ce que l'on a fait dans les cas semblables.

Sur 64 observations que nous avons recueillies, on a pratiqué :

Laryngectomie totale : 14 fois avec 2 cas de mortalité opératoire, 11 cas de guérison sans récurrence, suivis plusieurs mois ou plusieurs années, et 1 seul cas de récurrence.

Laryngectomie partielle : 7 fois avec 2 cas de mortalité opératoire, 5 guérisons sans récurrence, suivis quelques mois ou plusieurs années.

Thyrotomie : 14 fois. Résultats opératoires très bons; récurrence, 5 cas; sans récurrence, 9 cas, suivis trois, quatre, six et dix années.

Extirpation endo-laryngée : 7 fois. Intervention sans aucune gravité; récurrence, 2 cas; sans récurrence, 5 cas, dont la guérison se maintient de quelques mois à trois et quatre années.

Rayons X : 1 seul cas avec guérison rapide et sans récurrence.

Pharyngotomie sus-hyoïdienne : 2 cas, dont 1 terminé par le décès et l'autre guéri sans récurrence.

Dans 19 cas, on est intervenu par la trachéotomie, soit que la malade refuse l'intervention, soit que le cas ait été jugé comme inopérable.

Remarquons que parmi nos observations, il y a des cas très anciens remontant à l'époque où les techniques opératoires étaient mal réglées et les indications mal précisées.

Nous arrivons, d'après nos observations, à ce qui est aujourd'hui

d'hui généralement admis, que les deux meilleures interventions sont la thyrotomie et surtout la laryngectomie totale.

Suivant la localisation, le traitement est variable pour chaque cas.

Lorsque le cancer siège sur l'une des cordes vocales chez une femme âgée où l'évolution est lente et qu'il n'y ait aucune infiltration périphérique, aucune réaction inflammatoire locale, on doit pratiquer l'extirpation de la tumeur par la thyrotomie suivie de la fermeture immédiate des voies aériennes.

Dans les cas de cancer endo-laryngé prenant naissance en dehors de la corde vocale, au niveau de la base de l'épiglotte, des bandes ventriculaires et des replis, il faut recourir à la laryngectomie totale qui est l'opération de choix.

Si le cancer est exolaryngé, nettement localisé à un point, et sans réaction inflammatoire, on peut intervenir par la laryngectomie partielle.

S'il est limité à l'épiglotte, on peut essayer l'épiglottectomie par voie externe, transhyoïdienne, transthyroïdienne ou sus-hyoïdienne (Moure).

Dans tous ces cas, de l'avis de M. le professeur Moure, il sera bon de compléter l'intervention chirurgicale par l'application de rayons X.

Dans les cas de cancer exolaryngé s'étendant en dehors du larynx, accompagné d'adénopathie, le traitement chirurgical étant tout à fait illusoire, il faut d'emblée employer la roentgenthérapie profonde qui peut, tout au moins à la période initiale, donner des résultats curatifs immédiats (Moure).

Nous dirons peu de mots du traitement du sarcome du larynx chez la femme.

Il y a peu de chances pour que le traitement sanglant ait du succès, sauf dans les cas tout à fait au début et bien localisés. Il vaut mieux employer aussitôt la roentgenthérapie, comme le préconise le professeur Moure, plutôt que de recourir aux interventions sanglantes.

CHAPITRE IV

Observations.

OBSERVATION I

TROUSSEAU, in *Traité de phthisie laryngée*, 1837.

Femme, 32 ans. A l'âge de 30 ans, enrouement subit. Deux ans après, l'extinction de la voix devient complète. Oppression intermittente au début, devient continuelle, accompagnée d'accès de suffocation. Trachéotomie d'urgence. Cancer intralaryngé du côté gauche. Évolution lente au début, devient subitement rapide.

La malade meurt onze mois et demi après la trachéotomie.

OBSERVATION II

FAUVEL, *Traité des maladies du larynx*, 1876.

Femme, 44 ans. Opérée, il y a deux ans, pour deux polypes des cordes vocales (extirpation endo-laryngée, cautérisation au nitrate d'argent).

Depuis plusieurs mois, troubles de la voix, gêne respiratoire. Cancer intralaryngé, siégeant sur la paroi droite, au-dessous des cordes vocales. On pratique une laryngotomie. Résultat bon.

Deux ans après l'opération, la lésion récidive. Nouvelle intervention. La tumeur remplissait la région sous-glottique. Pas de ganglions. Mort deux ans après la dernière opération.

OBSERVATION III

FAUVEL, *Traité des maladies du larynx*, 1876.

Femme, 47 ans. Gêne considérable de la respiration et de la phonation. L'altération de la voix date de trois ans. Carcinome encé-

phaloïde de la moitié gauche du larynx, ayant envahi la corde vocale supérieure et le ventricule de Morgagni. Tumeur de la grosseur d'une noisette. Trachéotomie deux ans après. Engorgement ganglionnaire. Mort subite.

OBSERVATION IV

FAUVEL, *Traité des maladies du larynx*, 1876.

Femme, 39 ans. Souffre de la gorge depuis dix ans. Gène de la déglutition depuis trois mois. Syphilis probable. Altération de la voix. Adénopathie sous-maxillaire. Carcinome épithélial, siégeant à la fois sur le cartilage aryténoïde gauche et près de l'entrée de l'œsophage. Morte d'inanition.

OBSERVATION V

FAUVEL, *Traité des maladies du larynx*, 1876.

Femme, 45 ans, blanchisseuse. Depuis deux ans, altération de la voix et suffocation. Adénopathie, douleurs lancinantes dans la région du larynx. Carcinome encéphaloïde ayant envahi tout le larynx. Œdème considérable de tout le vestibule. Mort subite.

OBSERVATION VI

CARDIER, *Annales des maladies de l'oreille*, 1887, p. 253.

Femme, 42 ans. Opérée, il y trois ans, pour cancer épithélial du sein. Depuis cinq mois, elle a la voix voilée. A l'examen laryngoscopique, on trouve une tumeur envahissant la région aryténoïdienne et la région aryténo-épiglottique droite, ainsi que la corde vocale supérieure de ce côté. Du côté de l'aisselle correspondante au sein enlevé, une récidue ganglionnaire est manifeste. Du côté opposé, un gros noyau cancéreux dans le grand pectoral au-dessous de la clavicule. Actuellement, la malade accuse des étouffements continuels et de la difficulté pour avaler.

OBSERVATION VII

ROSER, *Revue de laryngologie*, 1890, p. 41, *Semaine médicale*, 21 avril 1889.

Femme, 62 ans. Présente un épithélioma intrinsèque du larynx. Trachéotomie suivie de laryngectomie totale quatre jours après. Guérison opératoire.

OBSERVATION VIII

MOURE, *Revue de laryngologie*, 1891, p. 643.

Femme, 48 ans. Présente épithélioma de la corde vocale fausse et vraie dans son tiers antérieur. Laryngo-fissure. Guérison. Prompte récurrence. Mort au bout de onze mois.

OBSERVATION IX

DUDON, *Revue mensuelle de laryngologie*, 1891, p. 643.

Femme, 34 ans. Atteinte d'un carcinome laryngé étendu. Laryngo-fissure. Guérison opératoire. Récurrence. Mort dix mois et demi après l'opération.

OBSERVATION X

GOUGENHEIM et MENDEL, *Revue de laryngologie*, 1891, p. 699.

Femme, 36 ans. Épithélioma de la corde vocale supérieure. Ablation à la pince coupante. Pas de récurrence.

OBSERVATION XI

PORCHER, *New-York, med. Journal*, II, 1895, p. 90.

Femme, 29 ans. Épithélioma intralaryngé. Laryngo-fissure. Guérison. Pas de récurrence trois mois après.

OBSERVATION XII

BOTEY, *Archives internationales de laryngologie*, 1896, p. 608.

Femme, 61 ans. Épithélioma intrinsèque. Raclage avec une curette des tissus malades jusqu'au péri-chondre. Résultat immédiat bon. Récidive dont elle meurt onze mois après.

OBSERVATION XIII

BUTLIN, *Archiv. f. Laryng.*, V, 1896.

Femme, 40 ans. Présente cancer de la corde vocale droite. Laryngo-fissure. Guérison opératoire. Récidive au bout de neuf mois.

OBSERVATION XIV

ANGELESCO, *Annales des maladies de l'oreille*, 1896, II, p. 188.

Femme, 63 ans. Présente épithélioma laryngé. Trachéotomie préalable. Pharyngotomie sous-hyoïdienne. Morte peu après de broncho-pneumonie consécutive.

OBSERVATION XV

WÜRCKLER, *Revue de laryngologie*, 1897, p. 1254, Réunion des laryngologistes de l'Allemagne du Sud, 7 juin 1898.

Femme, 41 ans. Raucité de la voix depuis un an et demi. Difficulté respiratoire depuis deux mois. Fétidité de l'haleine. Syphilis douteuse. Carcinome intrinsèque. Laryngo-fissure exploratrice, ensuite laryngectomie totale. Un an après, bonne santé, pas de récurrence.

OBSERVATION XVI

E. SCHMIEGELOW, *Annales des maladies de l'oreille*, 1897, I, p. 325.

Femme, 46 ans. Enrouement subit remontant à sept mois. Pas de trouble de la déglutition ni de tumeur glandulaire.

Cancer sur la fausse corde vocale. Résection partielle du larynx (moitié droite du cartilage thyroïde, du cartilage aryténoïde droit et du repli interaryténoïdien). Guérison opératoire. Mort dix mois après. Pas de trace de récurrence laryngienne.

OBSERVATION XVII

KNIGHT, *Archives internationales de laryngologie*, 1897, p. 613.

Femme, 40 ans. Raucité de la voix depuis quatorze mois. Dysphagie légère. Douleurs de gorge. Épithélioma intrinsèque. Grossesse concomitante. Ablation endo-laryngée de la tumeur avec la pince de Mackenzie. Depuis, la malade va beaucoup mieux, il n'y a pas lieu de proposer une autre intervention.

OBSERVATION XVIII

TRENDELENBOURG, *Annales des maladies de l'oreille*, 1897, II, p. 370.

Femme atteinte d'un carcinome intrinsèque des deux cordes vocales. Laryngectomie totale. Guérison opératoire. Pas de récurrence sept mois après. Parle à voix basse.

OBSERVATION XIX

BUTLIN, *Annales des maladies de l'oreille*, 1897, II, p. 370.

Femme, 53 ans. Épithélioma intrinsèque. Tiers antérieur des deux cordes vocales. Résection de la portion antérieure du cartilage thyroïde. Résultat immédiat bon. Sans récurrence cinq ans et demi après l'opération.

OBSERVATION XX

VOLKOVITCH, *Revue de laryngologie*, 1897, p. 571, *Vratch*, n° 47, 1896.

Femme, 49 ans. Débilité, déglutition douloureuse, gêne respiratoire. Aphonie. Carcinome intrinsèque. Laryngectomie totale après trachéotomie. Résultat immédiat bon. Un an après, bon état général, pas de récurrence. La voix est basse, mais distincte.

OBSERVATION XXI

FISCHER, *Annales des maladies de l'oreille*, 1897, II, p. 370.

Femme, 53 ans. Cancer laryngé étendu. Ablation du larynx, à part la moitié du cartilage thyroïde gauche. Récidive; mort au bout de dix mois.

OBSERVATION XXII

DUDON, *Annales des maladies de l'oreille*, 1897, II, p. 358.

Femme, 34 ans. Atteinte d'un carcinome étendu du larynx. Laryngo-fissure. Résultat immédiat bon. Prompte récidence. Mort dix mois et demi après l'opération.

OBSERVATION XXIII

E SCHMIEGELOW, *Annales des maladies de l'oreille*, 1897, I, p. 325.

Femme, 40 ans. Maux de gorge remontant à neuf mois, enrrouement, toux violente, amaigrissement. Cancer siégeant sur la fausse et la vraie corde vocale gauche.

OBSERVATION XXIV

BEERSTON, *Revue de laryngologie*, 1898, I, p. 233, *The australasian med. Gaz.*, juin 1897.

Femme, 34 ans. Depuis quatre mois, dyspnée s'accroissant, gêne à la parole et à la déglutition. Toux, expectoration sanguinolente. Épithélioma intrinsèque. Thyrotomie après trachéotomie préalable. Récidive quelque temps après. Quatre mois après, laryngectomie totale. Guérison opératoire. Trois mois après, pas de récidence.

OBSERVATION XXV

SCHMIDT, *Revue de laryngologie*, 1898, I, p. 27, *Deutsch. med. Woch.*, n° 45, 1897.

Femme, 50 ans. Troubles de la déglutition. Carcinome intrinsèque. Laryngectomie partielle. Morte le quatrième jour d'une pneumonie.

Raduïévilch

OBSERVATION XXVI

E.-L. SHURLY, *Revue de laryngologie*, 1898, II, p. 1178, *N.-Y. med. Journ.*,
16 juillet 1898.

Femme, 45 ans. Un an avant, grippe avec troubles respiratoires, dysphagie et enrouement. État général actuel mauvais. Le larynx est rempli d'une tumeur lobulée qui paraissait insérée sur le côté droit de l'organe et cachait à la vue les bandes ventriculaires, les cordes vocales et les aryténoïdes. Pas de ganglions. Laryngectomie partielle et excision partielle du pharynx. Morte d'épuisement dix jours après.

OBSERVATION XXVII

HARMER, *Annales des maladies de l'oreille*, 1898, I, p. 487, *Wien. Klin. Woch.*,
1898, p. 348.

Femme, 65 ans. Début quatre mois avant l'opération. Carcinome extrinsèque et de l'épiglotte. Pharyngotomie sous-hyoïdienne. Résultat immédiat bon. Pas de récurrence cinq ans après.

OBSERVATION XXVIII

JURASZ, *Revue de laryngologie*, 1898, II, p. 1167.

Femme, 44 ans. Enrouement depuis un an. Douleur moitié gauche du crâne. État général mauvais. Épithélioma intrinsèque. Après les deux premières interventions, l'état s'aggrave. Plusieurs curettages. Depuis, croissance rapide de la tumeur. Extirpation endolaryngée des cordes vocales un an après. Résultat bon. Pas de récurrence trois mois après.

OBSERVATION XXIX

BREWER, *Revue de laryngologie*, 1900, I, p. 292, *Ann. of Laryng.*, vol. XXX, n° 3.

Femme. Atteinte de raucité de la voix depuis neuf mois et de toux spasmodique. Épithélioma de la corde vocale. Extirpation de la tumeur par la voie endolaryngée. Récurrence trois mois après.

Laryngectomie partielle après trachéotomie. Récidive deux mois après. Laryngectomie totale. Pas de récidive un an après. Parfaite santé.

OBSERVATION XXX

ARD, *Annales des maladies de l'oreille*, 1900, I, p. 352.

Femme, 41 ans. Raucité de la voix. Toux pendant quelques semaines. Tumeur intrinsèque considérée d'abord comme papillome, reconnue ensuite comme épithélioma. Amygdalites fréquentes. Ablation de la tumeur par la voie endolaryngée. Deux mois après, récidive. On pratique la laryngectomie partielle. Récidive. Extraction du larynx par procédé de Solio-Cohen. Malade en bonne voie de guérison.

OBSERVATION XXXI

DONALDSON, *Revue de laryngologie*, 1901, II, p. 140.

Femme, 58 ans. Enrouement. Tumeur sur la corde vocale enlevée avec la pince. En 1890, tumeur sur chaque corde. Évolution lente. Troubles respiratoires. Aphonie, dépérissement. Cancer intrinsèque. Trachéotomie, novembre 1896. Mort en janvier 1899.

OBSERVATION XXXII

C. BEALE, *Annales des maladies de l'oreille*, 1901, I, p. 198.

Femme, 33 ans, servante. Toux datant de longtemps. Expectoration muco-purulente, dysphagie, dyspnée, amaigrissement. Aphonie. cordes vocales immobiles. Il s'agissait d'un épithélioma extrinsèque. Trachéotomie. Soulagement, puis augmentation de la dysphagie qui oblige à faire, par suite, une gastrostomie. Morte de broncho-pneumonie. Autopsie : Tumeur entourant complètement le larynx en comprimant le vague et le récurrent.

OBSERVATION XXXIII

BONAIN, *Revue de laryngologie*, 1902, II, p. 65.

Femme, 52 ans, religieuse. Déglutition très pénible. Douleurs irradiées vers l'oreille gauche. Perte de l'appétit, amaigrissement, cachexie. Épithélioma intrinsèque. Extraction par la voie endolaryngée avec pince emporte-pièce. Résultat immédiat bon. Quatre ans après, pas de récurrence. Santé parfaite.

OBSERVATION XXXIV

SCHMIEGELOW, *Revue de laryngologie*, 1903, I, p. 485, Société danoise de laryngologie, octobre 1902.

Femme, 70 ans. Depuis neuf mois, dysphagie, enrouement. dyspnée. A l'examen, carcinome dans la région interaryténoïdienne. Ablation à l'anse froide par la voie endolaryngée. Résultat immédiat bon. Un mois après, toute trace de tumeur a disparu.

OBSERVATION XXXV

GAREL, *Annales des maladies de l'oreille*, novembre 1903, p. 377.

Jeune fille, 18 ans, domestique. Aphonie depuis un an. Iodure de K sans résultat. Huit mois après, l'état s'aggrave, amaigrissement, dysphagie. Il s'agit d'une tumeur maligne intrinsèque, puis extrinsèque. Trachéotomie. Morte deux mois après.

OBSERVATION XXXVI

SOILY DE COLORADO-SPRINGS, *Ann. of otol.*, décembre 1905, in *Revue de laryngologie*, 1906.

Femme, 43 ans, blanchisseuse. Depuis deux ans raucité de la voix. Dyspnée depuis trois mois. Tumeur nodulaire à la paroi antérieure du larynx, s'étendant aux deux tiers de la circonférence de l'organe. Tumeur refoulant les deux cordes vocales supérieures. La biopsie dia

gnostique un carcinome. Trachéotomie d'urgence. Laryngectomie totale. Récidive peu de temps après avec envahissement de corps thyroïde.

OBSERVATION XXXVII

P. JACQUES, *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 29 décembre 1906, p. 752.

Jeune fille, 25 ans. Il y a quatre ans, à la suite d'une grippe, la malade commença à présenter des accès de suffocation nocturnes; en même temps voix altérée. Quatre semaines après, amélioration de la voix. Actuellement, respiration embarrassée, langue totalement remplie d'une tumeur rosée, régulière, mais ulcérée en un point, qui prend la totalité de la corde vocale gauche. Le côté opposé est sain et mobile. Pas d'envahissement de ganglion. Trachéotomie d'urgence le 6 avril 1906; revue le 10 juillet, tumeur plus volumineuse, cou déformé. Le 12 juillet, laryngectomie partielle. Examen anatomopathologique : Tumeur épithéliale métatypique d'origine pavimenteuse. Revue en septembre, va bien.

OBSERVATION XXXVIII

O. CHIARI, *Archives internationales de laryngologie*, n° 5, 1907.

Femme, 47 ans. Enrouée depuis neuf mois. La tumeur, rouge, bosselée, de la grosseur d'un pois, siège sur la corde vocale droite, partie antérieure. Le côté droit du larynx est légèrement parésié. Trachéotomie supérieure, puis, trois jours après, l'extirpation de la moitié droite du larynx. Deux mois après la malade est décanulée et la moitié du larynx est remplacée par un bourrelet recouvert de muqueuse bleu rouge.

OBSERVATION XXXIX

O. CHIARI, *Archives internationales de laryngologie*, n° 5, 1907.

Femme, 43 ans. Enrouement et dysphagie depuis quatre mois. La tumeur siège près de la paroi postérieure du larynx, au-dessus des aryénoïdes, elle est ulcérée au sommet. La moitié gauche du larynx

est immobile, mais le larynx est libre. Extirpation totale du larynx, du pharynx, à partir de la luette et de l'œsophage jusqu'au cricoïde. Mort quatorze heures après l'opération.

OBSERVATION XL

DUNDAS-GRANT, Société royale de médecine de Londres, 6 novembre 1908, in *Revue de laryngologie*, 1909, I, p. 218.

Femme, 41 ans. Depuis près de trois mois présente de la difficulté à déglutir qui est survenue au cours d'une inflammation de la gorge. Le laryngoscope montre une tumeur irrégulière de coloration rosée, siégeant au niveau de la paroi postérieure du larynx, juste au-dessus des replis ary-épiglottiques. On l'a traitée avec iodure de K. Légère amélioration. Deux biopsies furent pratiquées dont la première fut négative et la seconde démontra un épithélioma typique. La tumeur évolue très lentement.

OBSERVATION XLI

WAGGETT, Société royale de médecine de Londres, 7 mai 1909.

Femme, 30 ans. Le diagnostic fut précoce. La tumeur, visible par la laryngoscopie, siège dans la région post-cricoïde. La région aryénoïde est œdématiée. Laryngectomie totale. La guérison opératoire est rapide et sans récurrence.

OBSERVATION XLII

COMPAIRED, *Archives internationales de laryngologie*, mai-avril 1909, p. 457.

Femme de 49 ans. Cancer intralaryngé probable. Tumeur remplissant presque tout l'espace glottique. Refuse l'opération et même l'ablation d'un fragment pour l'analyse histologique. Trachéotomie d'urgence dans la nuit. Elle a vécu avec une canule pendant plus de quatre ans. La tumeur eut une marche très lente après la trachéotomie.

OBSERVATION XLIII

COMPAIRED, *Archives internationales de laryngologie*, mai-avril 1909, p. 457.

Femme, 64 ans, marchande de quatre-saisons. Épithélioma englobant tout le larynx, l'espace glosso-épiglottique, la base de la langue et le pharynx du côté droit. Anémie cancéreuse. Ganglions multiples et volumineux. Fétidité de l'haleine. Inopérable. Trachéotomie, mort vingt jours après.

OBSERVATION XLIV

HARMANN-MARSCHIK, *Monast. f. Ohrenheilk*, 1909 et 1919.

Jeune fille, 16 ans. Raucité passagère de la voix. Depuis quelque temps, aphonie, dyspnée légère. Tumeur sur la corde vocale droite, moitié antérieure, du volume d'un demi-haricot, blanchâtre, visqueuse. Extirpation endolaryngée. Huit jours après, la tumeur est revenue à son volume primitif. Une seconde biopsie confirma l'existence d'un épithélioma pavimenteux. On pratiqua alors une thyroïdectomie avec extirpation, en totalité, de la corde vocale droite et du ventricule de Morgagni en dépassant les parties malades. Résultat très bon. Voix très sonore. Augmentation du poids (5 kilos).

OBSERVATION XLV

HAROLD-BARWELL, Société royale de médecine de Londres, 3 décembre 1900, in *Revue de laryngologie*, 1910, I, p. 654.

Femme, 47 ans, mère de six enfants. Depuis onze mois, douleur dans la gorge, surtout à la déglutition. Hypertrophie des ganglions sous-maxillaires. La dysphagie s'aggravait en s'irradiant à l'oreille droite. Une grosse masse occupe la moitié droite du larynx et cache la corde vocale droite. La tumeur est couverte de bourgeons blanchâtres. Les symptômes se sont un peu améliorés par le traitement à l'iodure de potassium.

OBSERVATION XLVI

WATSON-WILLIAMS, Société royale de médecine de Londres, 2 juin 1911, in *Revue de laryngologie*, 1911, p. 180.

Femme, 40 ans. Présente l'épithélioma des deux tiers postérieurs des cordes vocales. Extirpation par thyrotomie. Résultat immédiat bon. Récidive cinq mois après. On pratique une héli-laryngectomie.

OBSERVATION XLVII

WALKER-DOWNIE, Société royale de médecine de Londres, 1^{er} mars 1912, in *Revue de laryngologie*, 1912, p. 561.

Femme, 40 ans. Maux de gorge depuis trois mois. Douleurs lancinantes à l'oreille droite pendant la déglutition. Adénopathie cervicale droite volumineuse. Épithélioma siégeant sur l'aryténoïde droite, ainsi que sur la bande ventriculaire et sur la corde vocale droite. Extirpation de la masse ganglionnaire avec ligature de la carotide et jugulaire. Laryngectomie totale, résection de l'œsophage. Suites : à partir du quatrième jour, l'état s'aggrave, mort.

OBSERVATION XLVIII

SAINT-CLAIR-THOMSON, *Journ. of Am. med. Ass.*, 19 septembre 1919, et *Annales des maladies de l'oreille*, 1922, p. 767.

Femme, 53 ans. Présente l'épithélioma avec dégénérescence cornée sur toute la longueur de la corde vocale droite. Excision de la corde vocale droite, ainsi que de l'apophyse vocale de l'aryténoïde correspondant par laryngo-fissure. Résultat immédiat bon. Dix ans après l'opération, la malade se porte bien, pas de récurrence.

OBSERVATION XLIX

HARMON-SMITH, *The Laryngoscope*, octobre 1917, in *Revue de laryng.*, 1920, p. 430.

Femme, 45 ans. L'examen laryngoscopique montre l'existence d'une tumeur papillomateuse à la partie antérieure de la corde vocale droite. L'examen histologique démontre la nature épithéliomateuse. Extraction par la voie endolaryngée. Résultat bon. Dix-huit mois après l'opération, aucune récurrence.

OBSERVATION L

UCHERMANN, Société oto laryngologique de Christiania, 1^{er} octobre 1918, in *Revue de laryngologie*, 1921, p. 422.

Femme, 50 ans. Enrouement, sensation d'une masse à la déglutition. Trois mois après, dans la région cervicale gauche, une tuméfaction ganglionnaire. Tumeur de la grosseur d'un pois siégeant au milieu du pli interaryténoïdien. Cancer. Ablation de la petite tumeur par la voie endolaryngée. Résultat immédiat bon. Huit mois après, pas de récurrence.

OBSERVATION LI

CARTER, Royal Soc. of med., 5 décembre 1919, in *Journ. of Laryng.*, avril 1921.

Femme, 33 ans. Cancer de la corde vocale droite. Enrouement depuis quatre ans. Thyrotomie et extirpation de la corde vocale droite.

OBSERVATION LII

SAINT-CLAIR-THOMSON, *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1922, p. 767.

Femme, 35 ans. Cancer intralaryngé. Laryngo-fissure; quatre mois plus tard, récurrence. Hémilaryngectomie. Pas de récurrence au bout de deux ans. Bon état général.

OBSERVATION LIII

SAINT-CLAIR-THOMSON, *Annales des maladies de l'oreille*, 1922, p. 767.

Femme, 46 ans. Atteinte d'un cancer intralaryngé. Laryngo-fissure. Depuis six ans, la malade se porte très bien. Pas de récurrence.

OBSERVATION LIV

SAINT-CLAIR-THOMSON, *Annales des maladies de l'oreille*, 1922, p. 767.

Femme, 40 ans. Cancer intralaryngé. Laryngo-fissure il y a quatre ans. Depuis, pas de récurrence.

OBSERVATION LV

SAINT-CLAIR-THOMSON, *Annales des maladies de l'oreille*, 1922, p. 767.

Femme, 33 ans. Cancer intralaryngé. On pratiqua une laryngofissure, il y a trois ans. Pas de récurrence. État général bon.

OBSERVATION LVI

PORTMANN et H.-R. BEAUSOLEIL, Société anatomo-clinique de Bordeaux, in *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, 1922, p. 22.

Femme, 61 ans. Trachéotomie d'urgence, il y a dix mois, pour les troubles asphyxiques. L'examen laryngoscopique montre une tumeur intralaryngée, régulière, circonscrite, remplissant presque toute la cavité de l'organe vocal. Elle n'entraînait aucune douleur, l'état général de la malade était bon; pas d'adénopathie. La malade refusant la thyrotomie, on enleva en partie la tumeur par les voies naturelles. Il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé à globes cornés. Actuellement, cette femme, qui n'a jamais souffert, conserve un excellent état général et n'a pas de ganglions. Au laryngoscope, la tumeur, rougeâtre, bourgeonnante, a pris les caractères de l'épithélioma.

OBSERVATION LVII

J. DUNDAS-GRANT, Société royale de médecine de Londres, 2 novembre 1923, in *Archives internationales de laryngologie*, avril 1924, t. III, p. 452.

Femme de 29 ans. La lésion laryngée avait été prise d'abord pour la tuberculose, mais une biopsie démontre l'existence d'un épithélioma typique intralaryngé. On pratique une laryngectomie totale. Guérison. La malade continue ses occupations de vendeuse dans un magasin.

OBSERVATION LVIII

BÉRARD et SARGNON, in thèse de R. GIROD, Lyon, 1921-1922.

Femme, 69 ans, sans antécédents personnels. Mère morte d'un épithélioma de la face.

L'enrouement a débuté vers septembre 1917. Examinée en juin 1918 par le professeur Jacques (de Nancy), on diagnostiqua l'épithélioma typique de la corde vocale gauche, s'irradiant vers la commissure antérieure.

En juillet 1918, l'examen pratiqué par le docteur Sargnon montre un bourgeon sur la corde vocale gauche et une infiltration de la fausse corde du même côté. L'aryténoïde gauche est intacte et même un peu mobile.

Depuis trois mois, l'aphonie s'est beaucoup accentuée.

Le 10 juillet 1918, trachéotomie sous allocaïne par Bérard et Sargnon.

Le 2 août 1918, laryngo-fissure sous allocaïne. On trouve la corde vocale infiltrée, rougeâtre, non ulcérée et très peu bourgeonnante. On extirpe toutes les parties molles comprenant, à gauche, la vraie corde, la fausse corde et le ventricule.

Mise en place de trois tubes de radium comprenant 100 milligrammes pendant vingt-quatre heures. Deux jours après, sphacèle durant depuis trois semaines, avec dysphagie, œdème des aryténoïdes.

En avril 1919, la malade est revue par Sargnon. Elle va très bien, mais cependant elle garde encore sa canule. Elle présente un rétrécissement glottique serré qui nécessite le port de la canule jusqu'en 1920.

En 1920, le professeur Jacques enlève la canule, mais une petite fistule persiste.

Fin 1920 et 1921, il a fallu deux opérations plastiques pour combler la fistule.

En 1922, la malade va très bien, pas de récidence.

OBSERVATION LIX

M. LERMOYER, *Annales des maladies de l'oreille*, 1922, p. 134.

Il y a deux ans, elle avait eu une crise d'anémie aiguë; sa voix baissa alors notablement. Le larynx examiné montra un défaut de tension des cordes vocales. Depuis le mois d'avril 1920, la malade

remarqua que sa voix s'éteignait. Remarquons que son mari est mort il y a deux ans d'un cancer de l'estomac.

Elle vient, en mars 1921, consulter M. Lermoyer. Elle est complètement aphone. L'examen laryngoscopique montra une végétation rouge, bosselée, sessile, insérée au niveau de la commissure antérieure, masquant symétriquement une partie des deux cordes vocales. On diagnostiqua un polype tuberculeux et on proposa l'ablation suivie de cautérisation.

Plusieurs séances furent nécessaires à cause de l'étroitesse du larynx. L'amélioration objective fut remarquable, mais l'aphonie persistait.

L'examen histologique releva l'existence d'un épithélioma du type à globes muqueux.

Le 20 avril, l'examen laryngoscopique montra une végétation analogue et aussi abondante qu'au début du traitement.

Le 12 mai, la moitié antérieure de la glotte disparaissait sous une grosse masse sessile, non plus rouge et bosselée, mais rosée, granuleuse, papillomateuse, ayant l'aspect typique d'un chou-fleur.

A partir du 23 mai, la malade est soignée par la roëntgentherapie.

Le 4 juin, la tumeur est réduite des trois quarts au moins.

Le 25 juin, la tumeur a complètement disparu, mais la malade reste toujours aphone.

En novembre 1921, la malade est examinée à cause d'une laryngite qui guérit vite. Pas de récidence; l'aphonie a complètement disparu.

OBSERVATION L_X

H. LUC, *Annales des maladies de l'oreille*, 1923, p. 955.

Femme de 57 ans, professeur. L'altération de la voix remonte au mois de mai 1922. La malade présente le 21 septembre 1922, à l'examen laryngoscopique, une corde vocale gauche immobile, augmentée de volume et hérissée de végétations dont on pratique, séance tenante, l'extraction ayant pour but l'examen histologique. L'extraction de la tumeur a rendu à la corde vocale sa régularité normale, la voix redevint aussitôt presque pure.

L'examen histologique confirma le diagnostic : épithélioma malignien à globes épidermiques parakératosiques, forme intermédiaire entre le spino-cellulaire type et le baso-cellulaire. Un autre examen démontra l'existence d'une forme spino-cellulaire pure.

Le docteur Pierquin, vu la nature spino-cellulaire très résistante à toute irradiation, refusa au début de faire le traitement, mais céda, décidant de faire la röntgenthérapie avec la plus grande intensité possible.

On pratiqua, à partir du 6 octobre, 11 irradiations d'une heure de durée. La malade fut revue en mars 1923. La récurrence ne faisait plus de doute, la röntgenthérapie se montra donc inefficace.

Le 13 mars, on pratiqua, sous anesthésie locale, la thyrotomie. La corde vocale fut excisée sur toute sa longueur et dans toute son épaisseur jusqu'au ras du cartilage.

Les suites immédiates de l'intervention furent des plus satisfaisantes, mais à partir du 17 mars, sphacèle désunissant la plaie.

Le 8 avril, le fond de la plaie largement ouvert, on aperçoit la cavité laryngée béante.

Le 19 avril, la plaie fut complètement cicatrisée. Il n'y a pas l'apparence de récurrence.

OBSERVATION LXI

MOURE, *Revue de laryngologie*, 1898, II, p. 1267.

Femme âgée de 60 ans. Atteinte d'un épithélioma occupant la corde vocale et la bande ventriculaire gauche.

L'opération fut pratiquée le 19 mai 1897. Dans la même séance, on pratiqua, comme d'habitude, la trachéo-thyrotomie. La tumeur fut complètement enlevée et on cautérisa le pédicule au thermocautère. Immédiatement, on fit une réunion des deux lames du cartilage thyroïde, en ayant soin de les suturer à l'aide d'un catgut assez fort.

Guérison prompte de la plaie opératoire. La malade est encore porteur de sa canule, car depuis quelques mois il s'est fait sur le point d'implantation même du premier néoplasme une récurrence qui gênerait la respiration au point de nécessiter la trachéotomie

OBSERVATION LXII

E.-J. MOURE, *Revue de laryngologie*, 23 septembre 1911, vol. II, p. 369.

Femme, âgée de 42 ans environ, vient me consulter pour un enrouement qui date, dit-elle, de plus de dix ans. A différentes reprises, divers spécialistes ont enlevé sur sa corde vocale gauche des dégénérescences à aspect papillomateux qui, malgré les cautérisations les plus variées et les exérèses les plus complètes en apparence, ont toujours récidivé.

A l'examen, on constate au-dessous de la face pharyngée de l'épiglotte une tumeur bourgeonnante, d'aspect gris rosé, encombrant en grande partie le pharynx et occasionnant non seulement de l'aphonie, mais aussi de la gêne respiratoire. Supposant qu'il s'agit là d'une tumeur maligne, on proposa l'ouverture du larynx qui est acceptée par la malade.

Opération le 20 août 1906.

Thyro-trachéotomie. Incision habituelle sous cocaïne. Après ligature des vaisseaux, trachéotomie et mise en place de la canule plate de Moure. Chloroformisation. Section du thyroïde, suivant la technique habituelle.

A l'ouverture du larynx, on tombe sur la tumeur sortant du ventricule droit et largement implantée sur la face supérieure de la corde vocale, dans le ventricule et sur la face inférieure de la bande ventriculaire du côté droit et dépassant un peu la ligne médiane du côté gauche. Cependant, les tissus voisins ont bon aspect. Pas d'infiltration.

Le néoplasme est enlevé au bistouri, puis curettage de la surface d'implantation; enfin, thermocautérisation large. La tumeur ainsi enlevée a le volume d'une amande. La canule est enlevée et la plaie suturée dans toute sa longueur.

Les suites opératoires furent excellentes. Dans la première journée, peu de toux et quelques crachats très légèrement sanguinolents. Pas de température anormale.

Le 21, un peu de gêne respiratoire. Le soir, à l'examen laryngoscopique, les deux aryténoïdes sont très mobiles, pas d'œdème.

Petite escarre blanchâtre du côté droit qui n'obstrue aucunement le larynx.

Au premier pansement, le 23, ni suintement, ni emphysème.

Le 26, les points de suture sont enlevés.

Le 28, la réunion est parfaite. Le larynx est mobile, sans douleur; les aryténoïdes sont normaux.

La malade part guérie de son opération le 31 août, soit onze jours après l'intervention.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Malgré l'intervention large, la tumeur récidiva, en évoluant aussi lentement que la première fois, puis elle devint volumineuse au point qu'on fut obligé de pratiquer une nouvelle trachéotomie pour parer aux accidents asphyxiques qui menaçaient la malade.

L'extirpation du larynx fut proposée, mais refusée par la malade et son entourage.

A partir de cette époque, elle alla consulter divers spécialistes qui les uns affirmèrent qu'il ne s'agissait point de tumeur maligne, tandis que d'autres posèrent le diagnostic de dégénérescence cancéreuse.

Bien qu'il y ait cinq ans que cette malade a été trachéotomisée, elle n'est point encore morte, mais la tumeur s'est extériorisée, non seulement dans la région vestibulaire, mais aussi du côté du thyroïde, qu'elle a envahi presque dans sa totalité, formant au-devant du cou cette carapace spéciale désignée sous le nom de bouclier d'Isambert.

OBSERVATION LXIII (inédite).

MOURE, Clinique d'oto-rhino-laryngologie de Bordeaux.

Femme de 48 ans, habitant la campagne, sans profession. Extinction de la voix progressive depuis quelques années.

Vue le 24 juin 1911, la malade est enrouée. Son état général est bon. Pas d'adénopathie cervicale; pas de douleur spontanée, ni provoquée. La crépitation laryngée est conservée.

A l'examen laryngoscopique, on constate l'existence d'une saillie gris rosée siégeant sur la corde vocale gauche.

La tumeur fait saillie au-dessus de la corde vocale gauche. Elle a une implantation sessile, son aspect est granuleux.

Pensant à l'existence d'une tumeur de nature probablement maligne, on pratiqua une biopsie. L'examen histologique montra l'existence d'un épithélioma lobulé. La malade refuse toute intervention.

Revue le 2 décembre 1911, la malade est plus enrouée qu'avant. La tumeur de la corde vocale gauche paraît sensiblement plus volumineuse, remplissant à peu près la cavité glottique.

OBSERVATION LXIV (personnelle).

MOURE, Clinique d'oto-rhino-laryngologie de Bordeaux.

Femme de 65 ans, lingère. Présente un enrrouement dont le début remonte à plus de deux ans.

Examinée le 2 avril 1924, on constate à l'examen laryngoscopique l'existence d'une tumeur bourgeonnante localisée sur la corde vocale droite, n'entraînant aucune immobilité. En même temps, on constate la rougeur des deux cordes vocales sur toute leur étendue, ainsi que l'infiltration de la région postérieure (interarythyrôidienne surtout).

La malade est enrouée assez fortement. Elle dit avoir maigri depuis quelque temps. Pas de ganglions cervicaux.

Pensant qu'on se trouve en présence d'une bacillose laryngée à forme végétante, on traite la malade avec pulvérisations phéniquées.

L'examen radioscopique pratiqué le 12 avril montra une ombre sur le côté droit du larynx.

Poumons clairs, amplitudes diaphragmatiques faibles surtout à droite.

La malade revient le 26 avril. On constate que la rougeur des deux cordes vocales, ainsi que l'infiltration de la région postérieure laryngée ont complètement disparu.

La malade nous dit qu'elle est moins enrouée qu'avant. Mais la

tumeur bourgeonnante de la corde vocale droite reste toujours la même. On proposa une biopsie croyant à la possibilité d'une tumeur maligne.

L'examen histologique, pratiqué le 29 avril, démontra l'existence d'un épithélioma spino-cellulaire à globes corné.

On conseilla à la malade l'intervention à plusieurs reprises qu'elle refusa.



CONCLUSIONS

L'étude de 64 cas de cancer du larynx observés chez la femme nous permet de tirer les conclusions suivantes :

1° Le cancer du larynx chez la femme est très rare par rapport à celui de l'homme (2 à 3 p. 100 des cas) ;

2° Il se développe chez elle à un âge généralement moins avancé que chez ce dernier ;

3° La localisation intralaryngée du cancer est beaucoup plus fréquente ;

4° L'évolution du cancer est dans un grand nombre des cas très lente (cinq, six et même dix années) ;

5° La malignité du cancer du larynx chez la femme est aussi plus faible que chez l'homme, d'où les résultats opératoires meilleurs ;

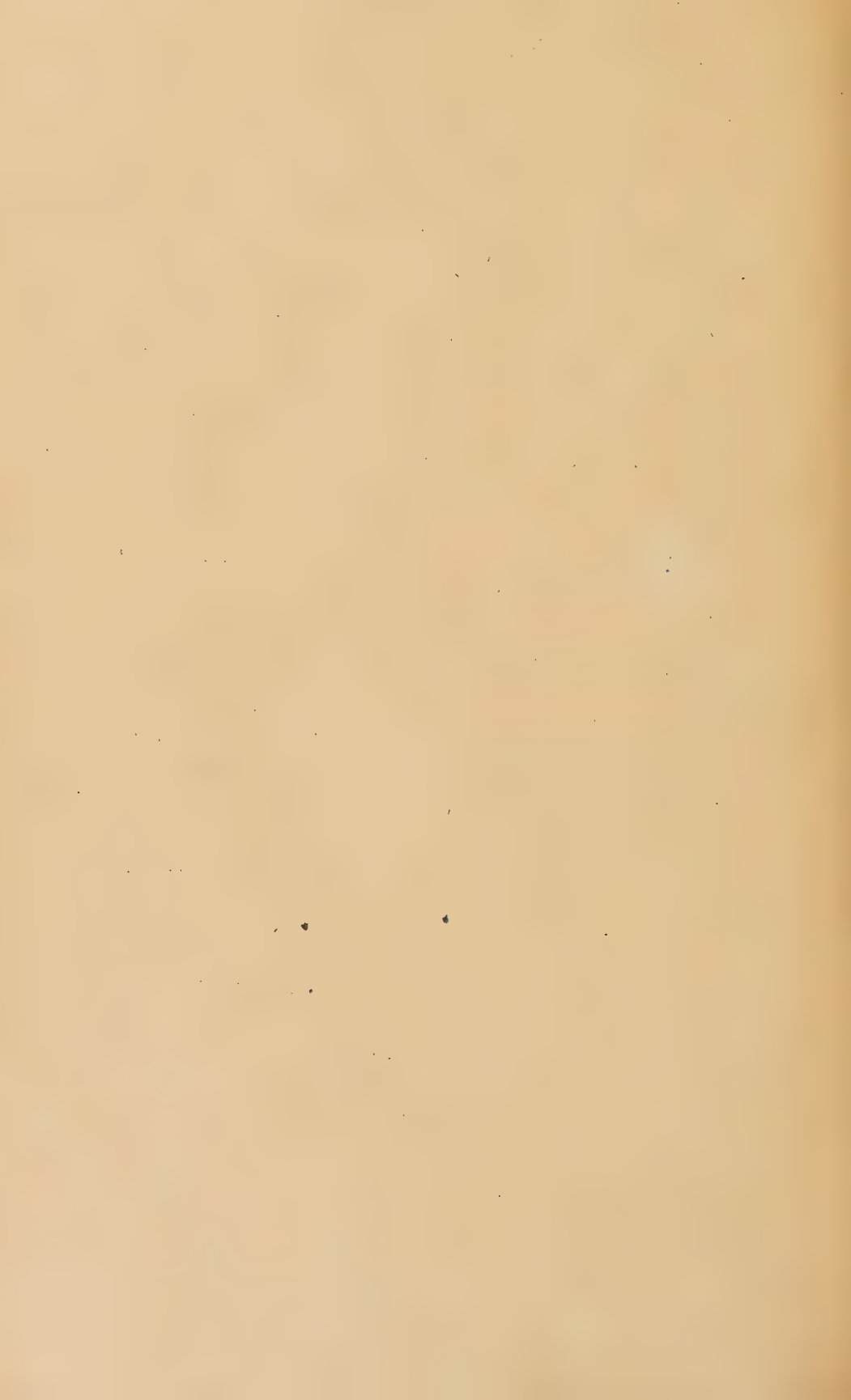
6° Les interventions de choix sont : la thyrotomie pour le cancer nettement localisé sur les cordes vocales ; la laryngectomie totale pour tous les autres cas opérables ;

7° La roëntgenthérapie et la radiumthérapie actuellement doivent être réservées aux cas où la malade refuse l'intervention et aux cas inopérables.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BÛN A IMPRIMER :
Le Président,
E.-J. MOURE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 18 juin 1924.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.



BIBLIOGRAPHIE

- ANGELESCO. — *Annales des maladies des oreilles*, 1896, II, p. 188.
- ARD. — *Annales des maladies des oreilles*, 1900, I, p. 352.
- BEALE. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1901, I, p. 198.
- BEESTON. — *Revue de laryngologie*, 1898, I, p. 233.
- BOLELLQ. — Résultats du traitement chirurgical du cancer du larynx et statistique des opérations pratiquées dans la clinique de Cisneros. *Archives internationales de laryngologie*, novembre-décembre 1903, p. 1251.
- BONAIN. — *Revue de laryngologie*, 1902, II, p. 68.
- BOTEY. — *Archives internationales de laryngologie*, 1896, p. 608.
- BUTLEN. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1897, II, p. 370.
- CARDIER. — *Annales des maladies du larynx*, Paris, 1887, p. 253.
- CARTER (G.-A.), HOPE (G.-W.-M.), SAINT-CLAIR-THOMSON. — Cancer intrinsèque du larynx chez une femme âgée de 33 ans. Royal Soc. of med., 5 décembre 1919, in *Journ. of. laryngol.*, avril 1921.
- CARDIER. — *Annales des maladies du larynx*, Paris, 1887, p. 253.
- CASTETS (C.). — La laryngectomie totale dans le service de M. le professeur Jeannel. Thèse de Toulouse, 1909-1910.
- CHIARI. — Rapport sur 11 cas de cancers du larynx opérés dans la clinique du 1^{er} juin 1906 au 31 mai 1907. *Archives internationales de laryngologie*, 1907, XXIV, p. 345.
- COMPAIRE. — Nos interventions dans le cancer du larynx. *Archives internationales de laryngologie*, avril-mai, 1909, p. 457.
- DELOBET. — Néoplasmes malins des voies respiratoires supérieures et radium. *Liège médical*, 1922, n° 4.
- DEPÉRIER (P.-R.). — Contribution à l'étude du cancer de la corde

- vocale et de son traitement par la thyrotomie. Thèse de Paris, 1922.
- DÉTOURBET (F.). — Contribution à l'étude des cancers secondaires du larynx. Thèse de Lyon, 1911-1912.
- DIGGLE, HOLT (F.). — Le diagnostic et le traitement du cancer du larynx. *The Practitioner*, mai 1921.
- DONALDSON. — *Revue de laryngologie*, 1901, II, p. 140.
- DUDON. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1897, II, p. 358.
- DUNDAS-GRANT et MACKENZIE (D.). — Épithélioma de la corde chez une femme de 58 ans. Thyrotomie. Société royale de médecine de Londres, 5 novembre 1909 et 1919.
- DUNDAS-GRANT. — Un cas de cancer laryngé intrinsèque étendu, chez une femme, guéri par la laryngectomie totale. Société royale de médecine, section de laryngologie, 2 novembre 1923. In *Archives internationales de laryngologie*, avril 1924, t. III, p. 452.
- Cas d'épithélioma extrinsèque du larynx et de l'hypopharynx chez une femme de 41 ans. Société royale de médecine de Londres, section de laryngologie, 6 novembre 1908. In *Revue de laryngologie*, 1909, vol. I, p. 218.
- DUZAN. — Le cancer chez les enfants. Thèse de Paris, 1876.
- FAUVEL. — Traité des maladies du larynx, 1876.
- FELIX SEMON. — Discussion sur le diagnostic et traitement du cancer du larynx. Société médicale de Londres, section de laryngologie, 28 janvier 1907. In *Lancet*, 3 février 1907.
- GAREL. — Cancer du larynx chez une jeune fille de 18 ans. *Annales des maladies de l'oreille*, novembre 1903, p. 377-382.
- GAREL et GIGNOUX. — A propos du traitement du cancer du larynx. Quatre observations de cancer du larynx guéri par thyrotomie. *Lyon médical*, novembre 1922.
- GIROD (R.). — La laryngo-fissure combinée à la radium et à la radiothérapie dans les cancers glottiques du larynx. Thèse de Lyon, 1921-1922.
- GOUGENHEIM et MENDEL. — *Revue de laryngologie*, 1891.
- GREENE. — Thyrotomie pour cancer du larynx avec rapport de 11 cas. *Med. Record*, 13 septembre 1923.

- GRIMME. — De l'étiologie et de la fréquence du carcinome du larynx.
Inaug. Dissert. München, 1888.
- HARMER. — *Wien. Klin. Woch.*, 1898, p. 348.
- HAROLD BARWELL. — Un cas de tumeur maligne probable du larynx chez une femme de 47 ans. Société royale de médecine de Londres, section de laryngologie. In *Revue de laryngologie*, 1910, I, p. 654.
- HERMANN MARSCHIK. — Carcinome du larynx chez les sujets jeunes.
Monast. f. Ohrenheilk, 1909, n° 9.
- JACQUES. — Cancer épithélial extrinsèque du larynx chez une jeune fille opérée et guérie. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, Paris, 1906, n° 52, p. 755.
- Pharyngotomie accidentelle chez une opérée de laryngectomie.
Société de médecine de Nancy, 8 avril 1908.
- JEANSELME et BARRÉ. — Étude statistique sur les cas de cancer traités à l'Hôpital Tenon, 1901-1906. *Annales de médecine*, 1921, p. 58.
- JURASZ. — *Revue de laryngologie*, 1898, II, p. 1167.
- KARL. — Contribution à la question de l'origine et de la guérison du cancer de la corde vocale. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, n° 33, 15 août 1908, p. 186.
- KNIGHT. — *Archives internationales de laryngologie*, 1897, p. 613.
- LAURENS et GAND. — Cancer du larynx. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 10 septembre 1922.
- LEMAITRE (F.). — Traitement du cancer du larynx. *Archives internationales*, 1922, p. 154.
- LERMOYER. — Cancer du larynx et Rayons X. *Annales des maladies de l'oreille*, février 1922, n° 2, p. 134.
- LIÉBAULT. — Laryngectomie totale. *Presse médicale*, 1922, p. 471.
- LUC (H.). — Contribution à l'application de la roentgenthérapie au traitement du cancer du larynx. *Annales des maladies de l'oreille*, 1923, p. 955.
- MACKENZIE (J.-E.). — Laryngectomie pour cancer, remarque sur 70 cas opérés. XLIV^e Congrès annuel de la Société anglaise de laryngologie. Washington, mai 1922. In *Archives internationales de laryngologie*, 1902, p. 234.

- MAYER. — Extirpation totale du larynx d'après Gluck pour carcinome. Société autrichienne d'otologie, 26 mai 1913. In *Revue de laryngologie*, 1914, p. 567.
- MOLINIÉ (J.). — Les tumeurs malignes du larynx, 1906.
- Cancer du larynx et son traitement. *Marseille médical*, 15 mai 1924, n° 14, p. 619.
- MOURE (E.-J.). — Épithélioma du larynx. *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 juin 1911.
- MOURE (E.-J.) et BINAUD. — Cancer du larynx. Société anatomique et *Journal de médecine de Bordeaux*, 27 février 1887.
- MOURE. — *Revue mensuelle de laryngologie*, 1891, p. 643.
- De la trachéo-thyrotomie dans le cancer du larynx. *Revue de laryngologie*, 1898, II, p. 1267.
- Les résultats de l'extirpation du larynx. Académie de médecine, 1^{er} mars 1921. In *Presse médicale*, 12 mars 1921.
- Considération clinique et pratique sur la thyrotomie et sur quelques formes anormales du cancer du larynx. Compte rendu du Congrès français d'oto-rhino-laryngologie, 8 mai 1911. In *Revue de laryngologie*, 1911, t. XXXII, vol. II, p. 76.
- Sur quelques formes rares de cancer du larynx. *Revue de laryngologie*, 23 septembre 1911, vol. II, p. 369.
- Rapport sur le traitement du cancer du larynx. X^e Congrès international d'otologie, 19-22 juillet 1922, Paris.
- Papillome diffus du larynx, transformation maligne, laryngectomie. *Revue de laryngologie*, 27 janvier 1912.
- PELTIER (M.). — La mort dans les cancers du larynx. Thèse de Bordeaux, 1912-1913.
- PORTE (P.). — Contribution à l'étude des cancers laryngés. Thèse de Lyon, 1920-1921.
- PORTMANN (G.) et LACHAPÈLE (A.-P.). — La röntgenthérapie des tumeurs malignes en oto-rhino-laryngologie. A. Maloine, 1922.
- PORTMANN (G.) et BEAUSOLEIL (R.). — Épithélioma du larynx chez les femmes. Société anatomo-clinique de Bordeaux, 21 novembre 1921.

- ROSER. — *Semaine médicale*, 24 avril 1889.
- ROUGET (J.). — La laryngectomie totale dans le cancer du larynx à l'Hôpital Lariboisière. Thèse de Paris, 1911-1912.
- ROUSSY (G.) et WOLF (M.). — Cancer. In *Nouveau traité de médecine*, G.-H. Roger, F. Vidal et P.-J. Tissier, fasc. V.
- SAINT-CLAIR-THOMSON. — Cancer du larynx. L'opération de la laryngo-fissure. Ses résultats dans les formes intrinsèques. *Annales des maladies de l'oreille*, 1922, p. 767.
- Cancer endolaryngé. Soc. royal of med., 1^{er} mars 1918. In *Journ. of laryngologie*, janvier 1920.
 - Épithélioma du larynx opéré par laryngo-fissure chez une femme. Réflexions dix mois après, Royal Soc. of med. Laryngologie section, 1^{er} juin 1917. In *Journ. of Laryng.*, février 1919.
 - Cancer intrinsèque du larynx, excision complète apparemment faite par voie endolaryngée. *Journ. of Amer. med. Ass.*, 19 septembre 1914.
 - Le cancer du larynx. Importance d'une classification. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, n° 2, février 1922.
- SARGNON. — Association de la laryngo-fissure du radium et des rayons X dans le traitement du cancer du larynx. *Archives internationales de laryngologie*, 1922, p. 1183. Communiqué au X^e Congrès international d'otologie.
- Néoplasmes malins du pharynx et du larynx. Chirurgie, radium et radiothérapie. *Archives internationales de laryngologie*, 1923, p. 972.
- SCHMIDT. — *Deutsch. med. Woch.*, n° 45, 1897. In *Revue de laryngologie*, 1898, I, p. 27.
- SCHMIEGELOW (E.). — Cancer du larynx. Diagnostic et traitement. *Annales des maladies de l'oreille*, 1897, I, p. 325.
- SCHWARTZ (Ch.-E.). — Des tumeurs du larynx. Thèse d'agrégation, Paris, 1885.
- SOLLY DE COLORADO SPRINGS. — Carcinome du larynx. *Annales of otol., rhinol. and laryngol.*, décembre 1905.
- SPENCER (W.-C.). — *Revue de laryngologie*, 1897, p. 286.

- SHURLY (E.-L.). — *Revue de laryngologie*, 1898, II, p. 1178.
- TAPIA. — Congrès international d'otologie, 1922, t. I.
- THOMSON. — Cancer du larynx. *The Lancet*, 30 mai 1914.
- UCHERMANN. — Cancer du larynx. Société oto-laryngologique de Christiania, 1^{er} octobre 1918. In *Revue de laryngologie*, 1921.
- VOLKOVITCH. — *Vratch*, n° 47, 1896. In *Revue de laryngologie*, 1897, p. 571.
- WALKER DOWNIE. — Épithélioma du larynx. Société royale de médecine de Londres, 1^{er} mars 1912. In *Revue de laryngologie*, 1912, p. 561.
- WATSON-WILLIAMS. — Nouvelle note sur un cas d'épithélioma du larynx. Société royale de médecine de Londres, 2 juin 1911. In *Revue de laryngologie*, 1911, p. 180.
- Cas de carcinoïme du larynx. Société royale de médecine de Londres, section de laryngologie, novembre 1910. In *Revue de laryngologie*, 1911, vol. II, p. 621.
- WEGGETT. — Un cas d'épithélioma post-cricoïde chez une femme de 30 ans. Ablation par laryngectomie. Société royale de médecine de Londres, 7 mai 1909. In *Revue de laryngologie*, 1909, II, p. 502.
- WÜRCKLER. — Réunion des laryngologistes de l'Allemagne du Sud, 7 juin 1897. In *Revue de laryngologie*, 1897, p. 1254.
- ZIEM. — Sur l'étiologie des tumeurs malignes. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, n° 20, 1900.

